La ménopause

Dr ayad

I- Introduction Définition

C'est la disparition définitive du cycle menstruel, secondaire à l'épuisement du capital folliculaire ovarien. C'est une étape physiologique du vieillissement normal de la femme. L'âge médian de la ménopause est en Europe compris entre 50 ans et 52 ans. En France, 10 millions de femme sont concernées.

le diagnostic définitif de « ménopause » ne peut-il être que rétrospectif, devant la constatation, a posteriori, d'une aménorrhée de durée supérieure ou égale à 12 mois.

- Le mot périménopause désigne la période de quelques mois à quelques années qui précède la ménopause, et se termine 1 an après les dernières règles.
- L'insuffisance ovarienne prématurée « Ménopause précoce » est une ménopause survenant avant l'age de 40ans

II- L’age de survenue

- La ménopause survient en moyenne vers 50 ans
- Cet âge, génétiquement déterminé , peut être influencé par :

❖tabagisme : les fumeuses étant ménopausées en moyenne 18 mois plus tôt que les non fumeuses.

❖La malnutrition avance également l’âge de la ménopause.

❖La multiparité (au delà de trois enfants) pourrait différer légèrement l’âge d’apparition de la ménopause

❖Cet âge n’est pas influencé par la prise de contraceptifs oraux.

III- Physiologie de la ménopause

- L'acquisition du capital folliculaire se déroule pendant la vie fœtale, si bien qu'à la naissance, le nombre de follicules est de 2 millions. Ensuite lors de chaque cycle, les follicules disparaissent
- La périménopause se caractérise par La diminution du capital folliculaire entraîne un déclin progressif du taux des hormones entraîne soit une insuffisance en progestérone seule entrainant une hyperoestrogénie relative soit accompagnée d'une insuffisance en œstrogènes

- Par conséquent, la ménopause est caractérisée par une insuffisance oestrogénique , elle-même responsable des symptômes de la ménopause : le syndrome climatérique.

VI- Le diagnostic de ménopause

A- Clinique:

- ❑ Chez une femme de la cinquantaine en aménorrhée

L'aménorrhée constitue le signe clinique essentiel de la ménopause.

Il est nécessaire d'attendre 12 mois d'aménorrhée pour parler de ménopause

Il peut alors être utile de pratiquer au préalable un test au progestatif : l'administration d'un progestatif pendant 10 jours ne déclenchera pas d'hémorragie de privation, confirmant ainsi l'état d'hypoestrogénie profonde.

❑le syndrome climatérique :lié a lacarence œstrogénique

- des bouffées de chaleur qui surviennent typiquement la nuit : avec une sensation de chaleur au niveau de la face et du cou puis du thorax avec des palpitaions et enfin des tremblements et frissons.
- des sueurs nocturnes
- des troubles génito-urinaire : sécheresse vulvo-vaginale, troubles mictionnels, infections urinaires
- des troubles du sommeil
- aussi une fatigue, une irritabilité, une tendance dépressive

B- Examens complémentaires

Le diagnostique de la ménopause est clinique

- La pratique de dosages hormonaux (FSH, oestradiol) se justifie en cas de difficultés diagnostiques:
- *ménopause précoce actuellement appelé insuffisance ovarienne prématurée*
- éventuellement chez une femme prenant encore une contraception orale (prélèvement au 7ème jour après la dernière prise).
- Femme hystérectomisée
- Dans ces cas : FSH : > 20 UI/l et E2 < 30pg/l.

V- Les conséquences à moyen terme de la ménopause

Elles prédominent au niveau des organes cibles des œstrogènes :

- **Vulve et vagin**

L'atrophie de la vulve et du vagin survient plus ou moins rapidement après la ménopause.

La flore de protection vaginale diminue entraînant une sensibilité plus grande de l'épithélium (aminci) aux infections

- **Sein**

Le tissu mammaire tend à s'atrophier à la ménopause , cela est lié à une résorption du tissu graisseux sous-cutané

• Peau, phanères

- ✓La ménopause s’accompagne d’un amincissement; sécheresse cutanée, d’une accentuation des rides.
- ✓Les poils et cheveux tendent à se clairsemer dans les zones dépendantes des œstrogènes ; Au contraire, peuvent apparaître une pilosité de type androgénique (lèvre supérieure, joues).
- ✓ Alopécie, le plus souvent de type androgénique,

- **Poids**

L'index de masse corporel augmente après 50 ans avec:

✓augmentation de la masse grasse et diminution de la masse maigre.

✓ redistribution des graisses au niveau de l'abdomen

VI- Les conséquences à long terme de la ménopause

- **L'ostéoporose** est une maladie osseuse qui associe à la fois une diminution de la densité de l'os et des modifications de son architecture interne. L'os est plus fragile et, par conséquent, le risque de fractures est important.

❑Définitions

Les définitions actuelles selon(OMS) publié en 1994 reposent sur l'importance de la diminution de la densité minérale osseuse (DMO) mesurée par absorptiométrie biphotonique à rayons X :

- l'ostéopénie
- l'ostéoporose
- L'ostéoporose avérée

- Elle constitue un réel problème de santé publique. Elle atteint une femme sur quatre.
- L'ostéoporose post-ménopausique constitue la complication la plus grave de la carence oestrogénique responsable d'une accélération brutale de la perte osseuse.
- En cas d'ostéoporose, peuvent survenir des fractures au niveau des vertèbres et des poignets et enfin du col fémoral (mortalité de 25 %).
- Le risque fracturaire est apprécié par un examen : la densitométrie osseuse

❑ *Principaux facteurs cliniques du risque fracturaire*

- Âge
- Antécédent personnel de fracture par fragilité
- Antécédent maternel de fracture vertébrale ou de hanche
- Faible BMI (! 19 kg/m2)
- Antécédent d'hypogonadisme prolongé et/ou précoce
- Tabagisme
- Corticothérapie prolongée

• Appareil cardiovasculaire

La ménopause s'accompagne d'une augmentation d'un certain nombre de facteurs de risque, essentiellement

- ✓ augmentation de la tension artérielle ;
- ✓ augmentation du rapport taille/hanches ;
- ✓augmentation de la résistance à l'insuline ;
- ✓ augmentation du cholestérol et de ses fractions LDL et VLDL ; diminution du HDL cholestérol ; augmentation des triglycérides.

- **Troubles cognitifs et qualité de vie**
  L'impact favorable des œstrogènes sur la maladie d'Alzheimer ainsi que sur les fonctions cognitives des patientes âgées

- **Risque des cancers**

La fréquence des cancers augmente nettement à partir de la cinquantaine (endometre ,ovaire ,colon…)

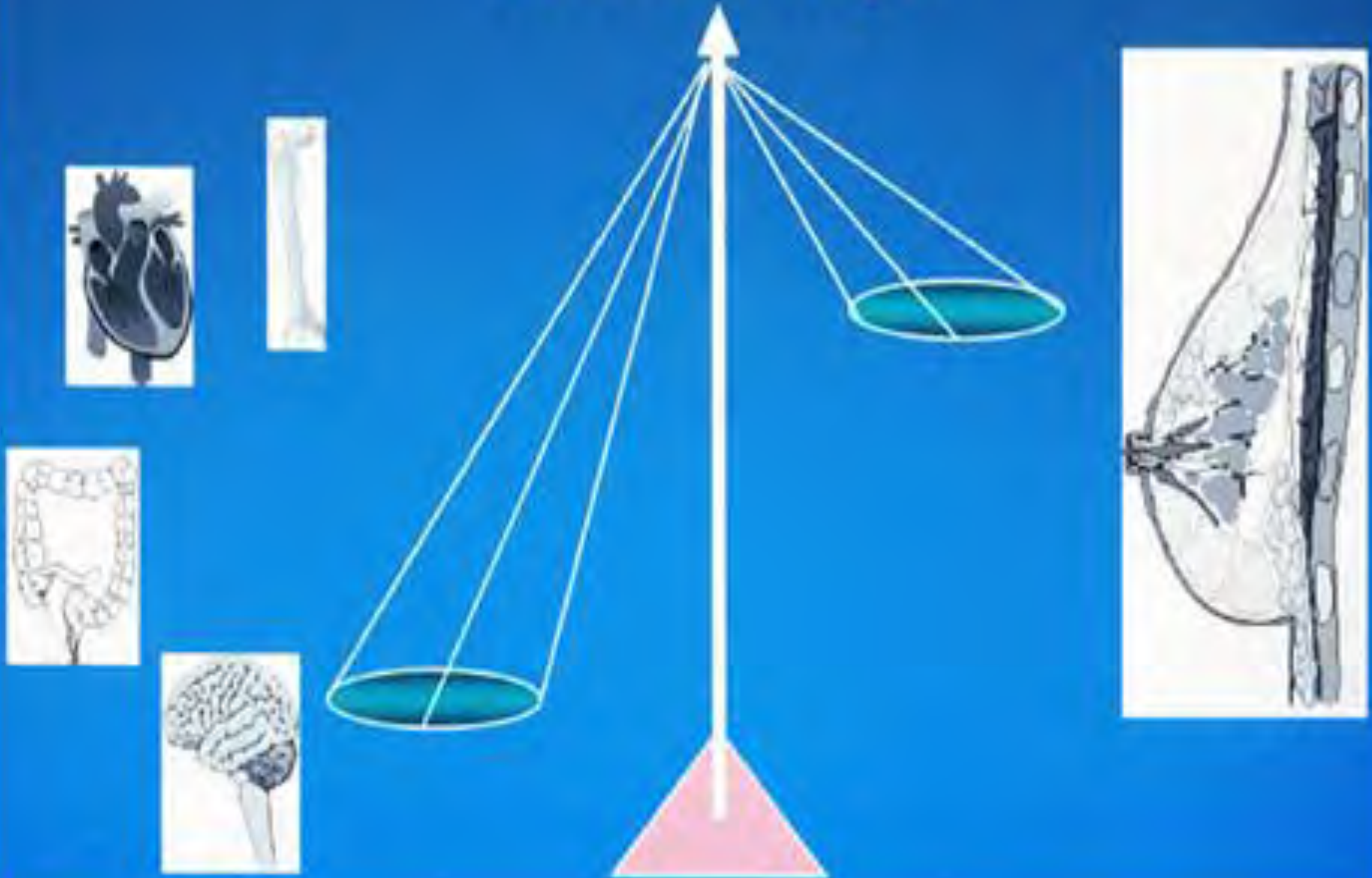
VII- Prise en charge de la ménopause

A-Traitement médical de la ménopause(THM)

- Principe: consiste a compenser l'insuffisance des secrétions ovariennes d'estrogenes et de progestérone responsable de troubles a court et a long terme.

- **Qui traiter ?**Il doit être proposé à toutes les femmes présentant un syndrome climatérique et systématiquement en cas d'insuffisance ovarienne prématurée après une information précise et adaptée sur les avantages, les inconvénients et les risques éventuels (balance bénéfices/risques).

La patiente doit recevoir Une information sur les conséquences de la ménopause et sur THM


Bénéfice - risque

❑Bilan préthérapeutique

Interrogatoire : antécédents familiaux et personnels (phlébite, cancers, fractures) Apprécie l’importance des troubles climatériques

Examen clinique

¤ Général (poids, taille , TA, état veineux,…)

¤ Gynécologique

- seins
- Vulve (trophicité)
- Col utérin : la présence de glaire témoigne de l'imprégnation estrogénique (vérification des FCV).
- Touchers pelviens : recherche de pathologies utérines et annexielles

examens complémentaires pour évaluer les risques et les bénéfices du traitement éventuel :

- Biologique : cholestérol, triglycérides, glycémie
- Mammographie (si non réalisée depuis moins de 2 ans)
- Frottis à faire si non réalisés depuis 3 ans
- La Densitométrie minérale osseuse par technique biphotonique est demandée devant des facteurs de risque d'ostéoporose ou systématiquement pour évaluer la DMO pour certains.
- L'échographie pelvienne devant des signes d'appel.

❑Contre-indications

- Hémorragie génitale non diagnostiquée
- Accident thromboembolique veineux confirmé (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire) durant les 2 dernières années
- Cancer du sein connu ou suspecté , ou autres tumeurs oestrogénodépendantes connues ou suspectées
- Insuffisance hépatique aiguë ou chronique, ou antécédent de maladie hépatique jusqu'à normalisation des tests biologiques
- Hypersensibilité connue à l'un des constituant

❑Les principales molécules sont :

¤Des œstrogènes : naturels ou de synthèse Par voie orale ,cutanée (patch ou gel)

- La voie d'administration transdermique pourrait avoir un intérêt dans la mesure où elle permet d'éviter le premier passage hépatique , et diminue le risque d'accidents thromboemboliques , les dernières recommandation contre-indique la voie orale

¤ Des progestatifs : naturelle ou de synthèse

Le progestatif est ajouté au traitement estrogénique pour éviter le risque de cancer de l'endomètre ainsi Chez la femme hystérectomisées , il n'est pas nécessaire d'ajouter au traitement estrogénique de la progestérone

Un consensus existe actuellement sur la nécessité de prescrire les posologies les plus faibles pendant la durée la plus courte Possible(Dose minimale efficace)

La durée d'administration du THM doit être ajustée aux objectifs du traitement. Il est cependant recommandé de le limiter à 3 ans et d'évaluer tous les ans la balance bénéfices/risques.

❑Surveillance

- Un examen clinique est réalisé à 3 mois puis tous les 6 à 12 mois.
- La pratique des frottis
- des dosages de cholestérol, TG, glycémie peuvent être réalisés tous les 3 ans en l'absence de risque particulier.
- Le dépistage organisée recommande une mammographie tous les 2ans.
- La DMO ne doit pas êtrerépétée avant 2 à 3 ans.

B- Les alternatives thérapeutiques

✓ une bonne hygiène de vie :

- - Activités physiques (30 à 45 mn de marche rapide par jour) pour la prévention des risques cardiovasculaires et osseux
- - Hygiène alimentaire : calcium 1200 à 1500 mg/jour et vitamine D

✓ Les Phytoestrogènes (ex : isoflavone)

✓ Œstrogènes à action locale pour traiter la sécheresse vaginale

✓ Traitements pour les bouffées de chaleur (Abufène®)

✓ Les SERM (modulateur sélectif des récepteurs des œstrogènes) : Evista®, (raloxiféne)

✓ D'autres traitements sont disponibles pour l'ostéoporose le ranelate de stromtium (Protelos®) Biphosphonates (Actonel)

✓Le Livial (tibolone) est un stéroïde actif sur l'ostéoporose, le vagin, les bouffées de chaleur et dontles actions sur les seins et l'endomètre sont en cours d'évaluation

VIII- Conclusion

- La ménopause est une période physiologique de la vie des femmes
- Les conséquences à long terme sont les coronaropathies et l'ostéoporose

- La prescription d'oestrogènes corrige les troubles climatériques et Les effets bénéfiques sont supérieurs aux effets secondaires en terme de qualité de vie et de survie.

- Les contre-indications absolues sont réduites (cancer du sein et maladies thrombo-emboliques)

- L'information est essentielle dans ce domaine où doivent se mettre en balance les avantages et les risques